

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1369/2008

ATAS/645/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 27 mai 2009

En la cause

Monsieur F_____, domicilié aux AVANCHETS, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F_____ (ci-après l'assuré), né en 1956, d'origine portugaise, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de conducteur installations (grutier) auprès de X_____ S.A. depuis le 1^{er} octobre 1988.
2. Le 28 avril 2005, l'assuré a été victime d'un accident de travail. Occupé au contrôle d'une machine, l'assuré a chuté d'une hauteur d'environ un mètre avec réception sur son poignet gauche et sur l'hémiface gauche. Il a subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Les médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) ont diagnostiqué une fracture des deux os de l'avant-bras gauche, une fracture du malaire gauche avec refend pilier antérieur, une fracture du plancher de l'orbite droite ainsi qu'une fracture de la 8^{ème} côte gauche.
3. L'assuré a été hospitalisé du 28 avril au 13 mai 2005 dans le Département de chirurgie des HUG, où il a subi une ostéosynthèse de l'avant-bras par plaque ainsi qu'une réduction et ostéosynthèse de la fracture malaire gauche et une plastie du plancher de l'orbite gauche.
4. Depuis le 28 avril 2005, l'assuré a été en incapacité de travail totale. La SUVA a pris en charge les suites de l'accident.
5. En date du 2 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), tendant à l'octroi d'une rente.
6. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OCAI a requis l'avis des médecins consultés ainsi que l'apport du dossier médical constitué par la SUVA.
7. Selon un rapport établi par la SUVA le 2 novembre 2005, l'assuré se plaignait de douleurs à la tête, en permanence. Il avait également des troubles de la vue avec un voile noir apparaissant devant les yeux et ne voyait plus rien. Il avait, quelques jours auparavant, perdu la vision par trois fois, pendant quelques secondes, ce qui l'avait conduit à se rendre aux urgences. Les médecins n'avaient rien diagnostiqué de particulier. L'assuré avait prévu de voir un ophtalmologue.
8. Par rapport du 23 novembre 2005, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs au niveau de l'épaule et à la main diffuses, mal systématisées malgré une consolidation de la fracture de l'avant-bras. La reprise du travail dans le cadre de l'activité habituelle était hautement improbable, même dans le futur. L'exercice d'une activité adaptée, soit évitant les mouvements de force du bras, était par contre exigible sans diminution de rendement. Des mesures professionnelles étaient indiquées.

9. Par rapport du 26 décembre 2005, le Dr M_____ du département de chirurgie des HUG a indiqué que du point de vue maxillo-facial, l'évolution était bonne, mais il persistait des douleurs au niveau de l'hémiface gauche. Il n'y avait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.
10. Selon un rapport du 2 janvier 2005 (recte : 2006), le Dr N_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué que l'assuré présentait une exophtalmie droite, une atteinte du champ visuel de l'œil droit ainsi qu'une anisométrie.
11. Par rapport du 6 février 2006, le Dr O_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a rappelé les fractures subies par l'assuré. Ce dernier se plaignait de fréquents maux de tête, de nuchalgies et de névralgies au niveau de l'hémi-visage gauche. Il existait également une baisse de la mémoire et de la concentration (l'assuré oubliait les rendez-vous, oubliait pour quelle raisons il se trouvait dans la rue). Il souffrait également d'une agoraphobie. La capacité de travail était nulle dans toute activité, en raison des névralgies et des céphalées.
12. Le Dr. P_____, médecin d'agence de la SUVA Genève, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré en date du 9 mars 2006. Dans son rapport d'examen du 10 mars 2006, il a indiqué qu'il persistait des douleurs au niveau de la tête à gauche, des douleurs cervicales, des brûlures des yeux ainsi que des troubles visuels. L'assuré présentait également des troubles de la mémoire, parfois il ne savait plus où il était. En ce qui concerne l'avant-bras, il persistait des douleurs du coude gauche ainsi que des douleurs sur les cicatrices; le patient ne pouvait pas porter de montre et se plaignait de douleurs sur les tendons extenseurs. Au niveau des côtes, l'évolution était favorable. Le Dr. P_____ a expliqué qu'il persistait une réduction fonctionnelle, un syndrome douloureux et un manque de force du membre supérieur gauche. Au niveau de la face, il persistait un syndrome douloureux dont l'étiologie n'était pas expliquée. L'assuré signalait des troubles de la mémoire avec des absences qui n'avaient pas encore été investigués. La situation était en voie de stabilisation, mais quelques investigations et renseignements complémentaires étaient nécessaires.
13. En raison d'une sensation de perte de connaissance avec céphalées frontales, l'assuré a subi une imagerie par résonance magnétique du cerveau. Dans son rapport du 22 mars 2006, le Dr. Q_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté notamment un kyste pinéal sans aucun retentissement sur le 3^{ème} ventricule (découverte fortuite).
14. Dans un rapport médical intermédiaire du 7 juin 2006 adressé à la SUVA, le Dr R_____ du département de chirurgie maxillo-faciale des HUG, a expliqué qu'il y avait une persistance des douleurs au niveau de l'hémiface gauche qui limitait l'acuité visuelle ainsi qu'une hypoesthésie à gauche.

15. Mandaté par la SUVA, le Dr S_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport en date du 16 juin 2006. Il rappelle les fractures subies et note que les suites opératoires de l'intervention maxillo-faciale sont bonnes, sans aucun déficit dans la motricité oculaire ou du champ visuel. L'assuré se plaignait, outre des douleurs au bras, de céphalées constrictives, d'une labilité émotionnelle, nervosité, de troubles du sommeil ainsi que de sensations vertigineuses avec flou visuel, transitoires. Ce médecin a conclu que l'examen neurologique ne mettait en évidence que des phénomènes allodymiques, dysesthésiques dans les territoires postopératoires au niveau de l'avant-bras gauche. En ce qui concerne les céphalées, elles s'intégraient dans un cadre tensionnel, la palpation de contractures musculaires douloureuses en témoigne. L'ensemble de la symptomatologie était à intégrer dans le cadre d'un état de stress chronique auquel s'ajoutaient une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil ainsi qu'un état anxieux et probablement dépressif larvé. L'IRM cérébrale effectuée le 23 mars 2006 ne mettait pas en évidence de lésion traumatique intracérébrale, mais une lésion pinéale sans aucun rapport avec la symptomatologie présentée par l'assuré.
16. Le 29 août 2006, le Dr P_____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré pour le compte de la SUVA. L'assuré se plaignait encore de maux de tête, de troubles de la sensibilité de la face à gauche, des douleurs au coude et dans l'avant-bras. Dans l'appréciation du cas datée du 13 septembre 2006, ce praticien a indiqué que l'évaluation récente faite par le chirurgien maxillo-facial relevait que la situation était stabilisée et qu'il existait une séquelle sous la forme d'une hypoesthésie de la 2^{ème} branche et du 5^{ème} nerf crânien à gauche. En ce qui concerne les conséquences à long terme du traumatisme crânio-cérébral, selon les informations fournies par le Dr S_____, selon lequel il n'y avait pas de lésion traumatique identifiable au niveau cérébral, et le fait que l'assuré indiquait qu'il n'avait plus utilisé de médicaments antalgiques depuis mi-juillet 2006, on pouvait en déduire que les conséquences du traumatisme crânio-cérébral étaient actuellement éteintes. Concernant le membre supérieur gauche, l'assuré présentait des séquelles de la fracture présente à ce niveau avec une réduction de la mobilité en pro-supination de l'avant-bras, une réduction de la mobilité du poignet et un manque de force. Le travail précédemment exercé ne pouvait pas être repris, mais dans un travail adapté tenant compte des limitations, l'assuré pourrait travailler avec un horaire complet.
17. Dans un avis du 5 octobre 2006, la Dresse T_____, médecin spécialiste en médecine interne auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR) a, à la lecture des rapports établis par les Drs P_____, L_____ et M_____, considéré que sur le plan somatique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Une expertise neurologique n'avait pas retenu de séquelles suite au traumatisme crânio-cérébral, mais il existait des céphalées tensionnelles et des troubles anxieux. Dans la mesure où, il ressortait du dossier transmis par la SUVA que l'assuré était suivi par un psychiatre, il convenait d'obtenir l'avis de ce dernier.

18. Le Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, a examiné l'assuré le 18 octobre 2006. Selon son rapport du même jour, il a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs à la tête, de brûlures aux yeux, de difficultés visuelles, de vertiges, de sensations de perte de connaissance, une sensation de faiblesse continue, une incapacité à rester enfermé, des sensations de tête qui gonfle ainsi que de troubles de la mémoire et de la concentration. Il lui arrivait même de ne plus savoir où il était, ce qui l'angoissait fortement. Au status, le médecin a expliqué que le discours du patient était cohérent, bien ancré dans la réalité, qu'on ne retrouvait pas d'altération du cours ou du contenu de la pensée. En ce qui concerne l'humeur, celle-ci n'apparaissait qu'étant légèrement dysphorique, il n'y avait pas de ralentissement, ni de troubles cognitifs patents. Si la symptomatologie dépressive était moins présente, par contre la symptomatologie anxieuse était forte; l'assuré était constamment tendu, inquiet, il ruminait sans cesse sa situation de santé, avec toutes sortes d'inquiétudes quant à l'évolution de cette dernière. L'anxiété était qualifiée de sévère à l'échelle de Hamilton. Depuis août 2006, en raison de la survenue d'un état anxieux et dépressif, l'assuré avait été mis au bénéfice d'un traitement psychiatrique avec une médication de psychotropes. Selon le Dr U_____, on avait toutes les chances de se retrouver devant un tableau avec une majoration de la symptomatologie psychosomatique qui risquait de se finir par une invalidation complète, avec non-reprise de travail.
19. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 19 octobre 2006, le Dr V_____, psychiatre traitant, spécialiste FMH en psychothérapie et psychiatrie, a indiqué que l'assuré présentait un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de son accident, notamment les douleurs et les sensations de brûlures au bras gauche, à la nuque, à la tête. Outre des idées noires, un désespoir, un découragement, des symptômes algiques et dépressifs, le patient présentait des troubles de sommeil pour lesquels ce médecin a prescrit un traitement et assurait un suivi sous forme d'un soutien psychothérapeutique. L'état de santé s'aggravait et l'activité habituelle n'était plus exigible. Il ne pouvait cependant pas se prononcer sur l'exigibilité d'une activité adaptée. Cela étant, il fallait s'attendre quoi qu'il en soit à une baisse de rendement en raison des troubles neurologiques.
20. Dans un avis du 20 novembre 2006, la Dresse T_____ indique, qu'après discussion du dossier avec le Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, le diagnostic qui pouvait être retenu, au regard des rapports des Drs V_____ et U_____, était celui de trouble de l'adaptation avec symptomatologie dépressive au premier plan. Selon la CIM-10, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée correspond à un état dépressif léger, ce qui n'était pas une atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail.
21. Le 7 février 2007, l'assuré a expliqué à la SUVA qu'au niveau de la tête, il allait de moins en moins bien. Il souffrait de plus en plus de maux de tête très violents

survenant par crises et durant jusqu'à plusieurs heures. Il avait également l'impression que sa tête enflait. Il s'estimait incapable de travailler en raison de ses violents maux de tête.

22. Le Dr U_____ a examiné une nouvelle fois l'assuré en date du 7 mars 2007. Dans son rapport du 14 mars 2007, il retient le diagnostic de trouble hypocondriaque, classé F45.2 selon la CIM-10. La majeure partie des plaintes de l'assuré touchait ce qui se passait dans sa tête. Il décrivait des douleurs à la tête qui prédominent du côté gauche, des sensations de brûlure à l'intérieur, mais également au niveau des orbites, des difficultés visuelles avec parfois une vision double, etc. Il pensait que quelque chose de bizarre se passait dans sa tête et souhaitait faire un nouveau scanner cérébral. L'évolution, malgré le traitement ainsi qu'une médication associant antidépresseur et anxiolytique, restait très limitée. Au status, il n'y avait pas de tonalité dépressive du discours, ni d'inhibition, ni de trouble touchant la concentration ou la mémoire. Selon le médecin, l'assuré présentait une symptomatologie psychique qui, de manière prédominante, touchait le registre des troubles somatoformes, associée à une dépression au maximum d'intensité légère et d'une anxiété par contre plus importante. Du point de vue de l'évaluation de la capacité de travail, celle-ci était difficile à apprécier au cours d'un entretien; toutefois, vu que la symptomatologie principale était dans le registre hypocondriaque, on ne pouvait considérer qu'il s'agissait-là d'un facteur suffisant pour prolonger l'arrêt de travail.
23. Par avis final du 18 avril 2007, la Dresse T_____ a considéré que l'assuré présentait des séquelles d'accident avec diminution de la mobilité du bras gauche et syndrome douloureux de ce bras avec diminution de force suite à une fracture du bras gauche et hypoesthésie du nerf crânien 5.2. Les diagnostics qui n'étaient pas du ressort de l'AI étaient: les troubles hypocondriaques, des céphalées tensionnelles, un status après fracture de l'os malaire et du nez et traumatisme crânio-cérébral. L'assuré avait une capacité de travail nulle dans son activité de machiniste, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, et ce depuis la date du rapport du Dr P_____, soit dès le 29 août 2006.

La Dresse T_____ a expliqué que s'agissant des séquelles de l'accident, elle suivait l'avis de la SUVA. Une expertise neurologique ne retenait pas de séquelles suite au traumatisme crânio-cérébral, et le Dr L_____ retenait aussi une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, le médecin traitant avait retenu le diagnostic d'état anxieux et dépressif réactionnel aux séquelles neurologiques de l'accident. Selon lui, la capacité de travail était nulle pour des raisons neurologiques et vu les douleurs post-traumatiques. Le Dr U_____ avait évoqué une majoration des symptômes (rapport du 18 octobre 2006). Puis, il avait retenu celui de troubles

hypocondriaques. La Dresse A_____ indique qu'après discussion avec le Dr W_____, les critères pour ce diagnostic n'étaient pas réunis : il s'agissait plutôt d'amplification des douleurs. Or, ce trouble n'atteignait pas une intensité telle permettant d'être reconnu comme invalidant.

24. Par décision du 15 juin 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré à sa décision du 23 avril 2007 et octroyé une rente d'invalidité de 27% depuis le 1^{er} mars 2007 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5%. Par arrêt du 26 mars 2006, entré en force, le Tribunal de céans a admis le recours interjeté par l'assuré et renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise neuropsychologique (ATAS/345/2008).
25. Par rapport du 7 août 2007, le service de réadaptation de l'OCAI a procédé à la comparaison des gains et évalué le degré d'invalidité à 27%. Des mesures professionnelles de type reclassement n'étaient pas indiquées, l'assuré n'ayant pas de formation professionnelle certifiée, ces mesures ne seraient ni simples, ni adéquates. L'assuré restant concentré principalement sur son état de santé, l'OCAI présumait qu'il ne semblait pas prêt à envisager une perspective favorable d'avenir professionnel. De plus, la demande déposée visait une rente. L'assuré avait en outre fait opposition à la décision de la SUVA en alléguant souffrir de troubles psychiques en lien de causalité avec l'accident. Dans ce contexte fortement négatif, l'OCAI estimait que la mise en place de toute autre mesure professionnelle serait vouée à l'échec.
26. En date du 8 août 2007, l'OCAI a rendu un projet d'acceptation de rente entière limitée dans le temps, soit du 28 avril au 31 août 2006. Il ressortait des documents professionnels et médicaux que l'assuré avait été en incapacité de travail totale, dans toutes activités, depuis le 28 avril 2005. Toutefois, après examen des pièces versées au dossier de la SUVA, le SMR était arrivé à la conclusion qu'il subsistait, dès le 29 août 2006, une capacité de travail totale dans une activité adaptée, à savoir sans utilisation d'une force maximale avec le bras gauche, sans mouvements répétitifs de pro/supination surtout avec une supination de plus de 30° et sans mouvements répétitifs de flexion/extension du poignet. En comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans invalidité en 2006 (71'500 fr.) à celui qu'il aurait pu obtenir dans une activité adaptée (52'024 fr.), et ce en tenant compte d'un abattement de 10% étant donné les limitations fonctionnelles, il en résultait une perte de gain de 19'476 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 27.2%. Ainsi, dès le 1^{er} septembre 2006, le droit à la rente était supprimé. Par ailleurs, des mesures professionnelles de type reclassement n'étaient pas indiquées, l'assuré n'ayant pas de formation professionnelle certifiée, ces mesures ne seraient ni simples, ni adéquates. Toutefois, sur demande expresse et motivée de la part de l'assuré, ce dernier pourrait bénéficier du service de placement.

27. Par courrier du 17 septembre 2007, l'assuré a fait valoir que son incapacité de travail était totale. Il a produit à cet égard des rapports établis par le Dr V_____ (26 janvier et 9 juillet 2007) et le Dr O_____ (23 mai 2007). Le Dr V_____ a rappelé qu'il avait pu constater un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de l'accident. La symptomatologie neurologique était constituée essentiellement par un tableau clinique algique surtout au bras gauche, au crâne et au visage, avec sensation de brûlures diffuses au bras gauche, à la nuque et à la tête. Il présentait de nombreuses idées anxieuses et dépressives, des idées de découragement avec souvent des idées noires, de désespoir, de perte de plaisir et une perte progressive de confiance pour une amélioration de son état de santé. Cet état d'épuisement psychique s'accompagnait au début aussi de troubles du sommeil, lesquels s'étaient amendés par la suite, grâce au traitement psychopharmacologique. La capacité de travail de l'assuré, du point de vue psychique, était nulle. Le Dr O_____ a, quant à lui, rappelé les céphalées quotidiennes, les douleurs au niveau du cuir chevelu et la difficulté d'utilisation du membre supérieur gauche.
28. Par courrier du 22 octobre 2007, l'assuré a transmis un rapport établi par le Dr. V_____ le 18 octobre 2007, aux termes duquel du point de vue psychiatrique, l'assuré présentait dès la première consultation et encore actuellement un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de son accident.
29. Par courrier du 25 octobre 2007, l'OCAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise médicale.
30. Mandatés par l'OCAI, le Dr B_____, médecin chef de clinique FMH et le Dr C_____, médecin interne auprès du département de psychiatrie des HUG, ont examiné l'assuré les 7 et 14 novembre 2007. Dans leur rapport du 15 décembre 2007, les experts ont constaté l'absence de diagnostic psychiatrique. Les limitations psychiques étaient par conséquent inexistantes, car l'anxiété modérée présentée par l'expertisé n'entravait pas son bon fonctionnement global, ni ses capacités d'adaptation et d'intégration dans un milieu professionnel adapté aux limitations physiques du membre supérieur gauche.

Au status, il est relevé que l'assuré se montre légèrement anxieux, sans présenter de signes d'anxiété manifestes (pas d'agitation psychomotrice, pas de tremor, pas de sudation). Ils ne mettaient pas en évidence de troubles cognitifs grossiers, l'assuré ne souffrait pas de trouble de l'attention, ni de la concentration. Il présentait une fatigabilité augmentée, mais pas de symptômes de la lignée psychotique, ni d'idée délirante. L'assuré mentionnait fréquemment ses plaintes douloureuses au niveau de la face, ses céphalées et ses douleurs du membre supérieur gauche, sans être particulièrement démonstratif.

Dans leur appréciation du cas, les médecins notent entre autre que s'agissant des céphalées ainsi que des douleurs faciales, les rapports au dossier ne posaient pas de diagnostic neurologique précis. Le Dr S_____ avait conclu à des symptômes s'intégrant dans un cadre « tensionnel et de stress chronique » et le Dr D_____, neurologue, attribuait les symptômes neurologiques de l'assuré à un « syndrome post-traumatique » pour lequel il avait préconisé l'introduction d'aminotriptyline (rapport du 17 mai 2007). Les experts constataient que les manifestations douloureuses sont intenses et persistantes clairement en relation temporelle avec le traumatisme sans que leur caractère ait évolué depuis. La présence d'allodynie et de dysesthésie était pour eux évocatrice d'une composante neurogène à ces douleurs. Ainsi, même si l'origine de ces douleurs restait incomplètement expliquée, les présomptions pour une origine organique leur semblaient fortes. Ils n'avaient ainsi pas d'argument pour retenir un diagnostic psychiatrique de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils n'avaient pas non plus de raison de retenir le diagnostic une fois évoqué de trouble hypocondriaque. Ils ne mettaient pas en évidence de trouble dépressif majeur ni de trouble anxieux particulier. Il y avait quelques symptômes anxieux (inquiétude à l'égard de l'aspect financier de sa situation, anxiété à l'égard de l'avenir, p. ex.), mais ceux-ci paraissaient proportionnés aux difficultés vécues et n'étaient pas suffisants pour parler d'un trouble de l'adaptation. Enfin, il est relevé que l'assuré manifestait une certaine envie de reprendre une activité professionnelle, les douleurs au bras gauche et les céphalées étant, selon lui, les seuls éléments limitant la reprise d'un emploi.

Au rapport d'expertise était joint un rapport d'examen de neurologie du comportement établi le 19 novembre 2007 par le Dr J_____, neurologue, et Madame G_____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie. L'examen neuropsychologique a mis en évidence des difficultés mnésiques dans les tests (rendements modérément à sévèrement déficitaires) ainsi que certaines difficultés exécutives. L'origine de ces difficultés restait peu claire, en raison, notamment d'une imprécision des données anamnestiques, qui ne permettaient pas de se faire une idée claire quant à la nature des troubles, à leur évolution et à leurs répercussions fonctionnelles et, d'autre part, du manque de collaboration et de l'attitude démonstrative de l'assuré dans les épreuves, qui compromettaient la quantification objective des données psychométriques. Ces praticiens ont également constaté un ralentissement psychomoteur pendant la passation des tests. L'assuré transpirait abondamment, et se plaignait, tout au long de la partie psychométrique, d'une sensation de pression dans la tête, de douleurs et d'une fatigue.

31. Par avis du 1^{er} février 2008, la Dresse E_____, spécialiste en médecine interne auprès du SMR, a relevé que les experts psychiatres n'avaient retenu aucune maladie psychiatrique invalidante. Les conclusions du rapport du SMR du 18 avril 2007 étaient par conséquent toujours valables. Enfin, sur le plan médical, des mesures professionnelles semblaient indiquées et l'assuré semblait être désireux de s'y soumettre.

32. Par décision du 7 mars 2008, l'OCAI a confirmé les termes de son projet.
33. Par acte du 21 avril 2008, l'assuré, par l'intermédiaire de Maître Karin BAERTSCHI, interjette recours contre la décision précitée. Il conclut préalablement à l'octroi de mesures professionnelles, et principalement à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps. Il fait valoir que l'expertise psychiatrique du 15 décembre 2007 a mis en exergue sa volonté de reprendre une activité professionnelle adaptée. Selon lui, l'OCAI ne pouvait se contenter de nier le droit aux mesures professionnelles, motif pris de l'absence de formation professionnelle certifiée. Ces mesures auraient permis d'évaluer de manière concrète la capacité de travail résiduelle dans une autre profession que la sienne. De l'avis du recourant, soit des mesures de reclassement sont ordonnées, soit elles sont refusées, auquel cas il convient de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps. A ce propos, le recourant fait valoir que la limitation de l'octroi de la rente entière au mois d'août 2006 n'est pas fondée sur des éléments médicaux probants.
34. Dans sa réponse du 20 mai 2008, l'intimé conclut au rejet du recours. Il précise toutefois qu'une rectification de la décision entreprise est apportée dans le sens où l'octroi de la rente entière est prolongé jusqu'au 30 novembre 2006. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle, l'intimé explique que le SMR s'est aligné sur celle effectuée par la SUVA. Selon lui, le recourant n'a d'ailleurs apporté aucun élément nouveau permettant de modifier cette appréciation. En outre, le degré d'invalidité de 27% correspond également à celui déterminé par cet assureur. L'intimé relève par ailleurs la contradiction des propos tenus par le recourant, lequel prétend à une rente entière ainsi qu'à des mesures professionnelles. L'intimé rappelle que la demande de prestations ne fait état que d'une demande de rente. En outre, durant la procédure d'instruction, le recourant avait mis en avant ses douleurs et ses troubles, indiquant qu'il n'était pas capable de travailler. Quoi qu'il en soit, le dossier avait fait l'objet d'investigations par le service de réadaptation professionnelle dans le but d'évaluer la pertinence de la mise en place des mesures d'ordre professionnel. Il avait été retenu que compte tenu des limitations fonctionnelles, il existait sur le marché du travail un large éventail d'activités simples et légères dont un nombre suffisant d'entre elles pouvaient être exercées.
35. Lors de la comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 9 juillet 2008, Maître K. BAERTSCHI a expliqué que son mandant était hospitalisé suite à une attaque cérébrale dont il avait été victime en mars 2008. L'intimé a signalé que la famille du recourant avait déposé une nouvelle demande en mai 2008.
36. Par courrier du 17 octobre 2008, Maître K. BAERTSCHI a transmis au Tribunal de céans un rapport établi le 23 juillet 2008 par la Dresse H_____, cheffe de clinique du service de neurorééducation des HUG. Il en résulte que le recourant était hospitalisé en raison d'un accident vasculaire cérébral ischémique sylvien gauche

secondairement hémorragique, survenu le 12 mars 2008, avec hémisyndrome sensitivo-moteur facio-brachio-crural droit, une aphasie globale et une hémignégligence droite. Le 18 mars 2008, le recourant avait subi une craniectomie décompressive ainsi qu'une trachéotomie. Le médecin pouvait déjà affirmer à ce stade qu'il n'était pas possible d'envisager une reprise de travail, même en cas de retour à domicile. Il pouvait confirmer par ailleurs qu'il n'y avait aucune relation entre l'accident du 28 avril 2005 et le problème actuel. Par contre, au niveau des séquelles, les céphalées déjà présentes pouvaient être légèrement exacerbées par le problème actuel.

37. Par courrier du 22 décembre 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il explique avoir soumis au SMR le rapport précité. Le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine générale, s'est prononcé dans un avis du 11 novembre 2008 auquel l'intimé se réfère. Ce médecin note que depuis l'événement du 12 mars 2008, l'incapacité de travail est totale dans toute activité. Selon lui, il n'y a cependant pas de raison de modifier l'appréciation antérieure à l'événement de mars 2008, les examens effectués n'ayant pas confirmé l'hypothèse de la présence de troubles psychiatriques ou intellectuels en relation avec l'accident : l'IRM du 22 mars 2006 n'avait pas mis en évidence de lésion, hormis un kyste de la glande pinéale ; le Dr S_____ n'avait pas constaté de troubles neurologiques et le Dr V_____ n'avait cité aucun trouble de la lignée cognitive. L'expertise psychiatrique effectuée en novembre 2007 faisait état de difficultés mnésiques et exécutives observées lors d'un examen neuropsychologique effectué par Mme G_____. Ces difficultés étaient cependant présentes depuis longtemps et décrites comme légères. Les experts avaient en outre constaté une anxiété modérée n'entravant pas le fonctionnement du recourant. De surcroît, les plaintes du recourant ne faisaient aucune allusion à des problèmes intellectuels (troubles de la mémoire ou de la concentration). Ce fait mettait fortement en doute la présence de troubles neuropsychologiques d'une intensité suffisante pour justifier en eux-mêmes une incapacité de travail. Cette appréciation était encore soutenue par les conclusions de l'examen neuropsychologique de 2007.
38. Après avoir adressé au recourant une copie de cette écriture, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance

unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 7 mars 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et à celle du 1^{er} janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Compte tenu de la suspension des délais du septième jour avant Pâques au septième jour après Pâques inclus, le recours, interjeté dans la forme prescrite le 21 avril 2008 contre la décision datée du 7 mars 2008, est recevable (art. 38 al. 4 let. a, 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé l'octroi de la rente d'invalidité dès le 1er décembre 2006 et nié le droit à des mesures de reclassement.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA.

Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de

santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
8. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs pour autant que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

9. En l'espèce, l'intimé a retenu qu'en raison d'une atteinte au bras gauche et d'une hypoesthésie du nerf crânien, le recourant a une capacité de travail entière dans une

activité adaptée dès le 29 août 2006. L'intimé justifie l'appréciation de la capacité de travail résiduelle par le fait qu'elle correspond à celle retenue par la SUVA.

Il convient de rappeler que contrairement à l'assureur-accident, l'OCAI est tenu de prendre en considération toutes les atteintes à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail des assurés, l'inexistence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes étant sans pertinence dans le contexte du droit à une rente en matière d'assurance-invalidité, cette problématique relevant de l'assurance-accident. Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait, sans autres, s'aligner sur l'évaluation faite par la SUVA. Qui plus est, le dossier médical sur lequel s'est fondé la SUVA pour apprécier la capacité de travail du recourant a été jugé lacunaire par le Tribunal de céans (ATAS/345/2008 du 26 mars 2008, entré en force).

En l'occurrence, si du point de vue des lésions subies au bras gauche, une reprise de travail était possible dès le 29 août 2006 dans une activité adaptée, autre est la question des diagnostics et de l'évolution de la capacité de travail du point de vue psychiatrique et neurologique.

Sur le plan psychiatrique, le Tribunal de céans constate que de nombreux spécialistes ont été appelés à se prononcer sur le cas du recourant. Ainsi, le Dr U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé une anxiété sévère et un trouble hypocondriaque. Selon lui, la capacité de travail est difficile à évaluer au cours d'un entretien, cependant, étant donné que la symptomatologie principale est dans le registre hypocondriaque, il ne s'agit pas d'un facteur suffisant pour prolonger l'arrêt de travail (rapports des 18 octobre 2006 et 14 mars 2007). Selon le psychiatre traitant, le Dr V_____, également spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le recourant souffre d'un état anxio-dépressif important réactionnel aux séquelles neurologiques de l'accident, avec notamment des idées noires et des troubles du sommeil. Selon lui, l'activité habituelle n'est plus exigible, et dans une activité adaptée, il faut s'attendre à une baisse de rendement en raison des problèmes neurologiques (rapports des 19 octobre 2006, 26 janvier et 9 juillet 2007). Quant au Dr W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, il est d'avis que le recourant présente un trouble de l'adaptation avec symptomatologie dépressive au premier plan, ce qui correspond à un état dépressif léger, sans répercussion sur la capacité de travail (rapport du 20 novembre 2006 rédigé par la Dresse T_____). Le Dr W_____ est également d'avis que les critères pour le trouble hypocondriaque ne sont pas réunis et qu'il s'agit plutôt d'une amplification des douleurs (rapport du 18 avril 2007 rédigé par la Dresse T_____). Enfin, le Dr B_____, médecin chef de clinique FMH et le Dr C_____, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des HUG, n'ont constaté aucun trouble psychiatrique. Il n'y avait pas de raison de retenir un trouble hypocondriaque, ni un trouble dépressif, ni un trouble anxieux, ni un syndrome douloureux somatoforme. Le recourant présentait une anxiété modérée qui

n'entravait pas son bon fonctionnement global ni ses capacités d'adaptation et d'intégration dans un milieu professionnel adapté aux limitations physiques. Les experts ne mettaient pas en évidence de troubles cognitifs et le recourant ne souffrait pas de trouble de l'attention, ni de la concentration. Enfin, le recourant n'était pas particulièrement démonstratif (rapport du 15 décembre 2007).

Force est de constater que tant les diagnostics psychiatriques que l'évaluation de la capacité de travail sont totalement contradictoires. Le Dr W_____ conteste les diagnostics posés par le Dr U_____ et le Dr V_____ ; quant aux Drs B_____ et C_____, mandatés par l'intimé, ils écartent tous les diagnostics posés par leurs confrères. En outre, le Tribunal de céans relèvera que les experts n'ont pas mis en évidence de troubles cognitifs lors des examens effectués les 7 et 14 novembre 2007, alors que le Dr J_____ et Mme G_____ ont constaté, lors de l'examen du 13 novembre 2007, que le recourant présentait des difficultés mnésiques et exécutives ainsi qu'un ralentissement psychomoteur (rapport du 19 novembre 2007).

Par ailleurs, il ressort des pièces du dossier que le recourant souffrait, outre des douleurs au bras gauche, notamment de fortes céphalées et de troubles de la vision. On rappellera que le recourant a subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance lors de son accident de travail. Or, force est de constater qu'aucun rapport au dossier ne pose de diagnostic neurologique précis, ce que les Drs B_____ et C_____ n'ont d'ailleurs pas manqué de relever (rapport du 15 décembre 2007, p. 8). On notera en outre que le Dr P. S_____, qui n'a pas mis en évidence de déficit neurologique significatif, a indiqué que les suites opératoires de l'intervention maxillo-faciale étaient bonnes, sans aucun déficit dans la motricité oculaire ou du champ visuel (rapport du 16 juin 2006). Or, les rapports au dossier font précisément état d'une limitation de l'acuité et du champ visuels (Dr N_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, rapport du 2 janvier 2006 et le Dr R_____ du département de chirurgie maxillo-faciale des HUG, rapport du 7 juin 2006). On relèvera également qu'il ressort de l'expertise des Drs B_____ et C_____ que le recourant a effectué un examen neurologique auprès du Dr P.-A. D_____. Son rapport daté du 17 mai 2007 n'a cependant pas été versé au dossier. Enfin, quand bien même le Dr J_____ et Madame G_____ ont constaté, dans leur rapport du 19 novembre 2007, que le recourant souffrait de difficultés mnésiques (rendements modérément à sévèrement déficitaires) ainsi que de certaines difficultés exécutives, il n'existe aucune documentation médicale sur les éventuelles répercussions fonctionnelles de ces troubles. On relèvera d'ailleurs que dans son rapport final, le SMR n'a pas pris en compte les conclusions de ces spécialistes (rapport de la Dresse E_____ du 1^{er} février 2008).

Il s'ensuit que le dossier ne contient aucun élément utile à une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, étant précisé que le bref avis émis par le Dr I_____ le 11 novembre 2008 ne revêt par ailleurs pas la valeur probante requise par la jurisprudence. De l'avis de ce médecin, si la capacité de travail du

recourant est nulle depuis son accident vasculaire cérébral survenu le 12 mars 2008, tel n'était pas le cas précédemment. Il fait valoir que les difficultés mnésiques et exécutives constatées par rapport du 19 novembre 2007 sont présentes depuis longtemps et légères. Or, il ressort du rapport précité que les rendements au niveau mnésique sont modérément à sévèrement déficitaires et que les spécialistes n'ont pas été en mesure d'établir l'origine et la nature des difficultés en raison d'une imprécision des données anamnestiques. Enfin, le Dr I_____ indique que les plaintes du recourant n'ont pas porté sur des troubles de la mémoire et de la concentration. Or, il résulte des pièces au dossier que le recourant s'est plaint de tels troubles (rapports du Dr O_____ du 6 février 2006, du Dr P_____ du 10 mars 2006, Dr U_____ du 18 octobre 2006).

Enfin, le rapport du 23 juillet 2008 établi par la Dresse H_____, duquel il résulte que l'état de santé du recourant s'est sévèrement aggravé postérieurement au moment où l'intimé a rendu sa décision litigieuse, ne peut être pris en compte pour apprécier la légalité de cette décision (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366).

10. Le Tribunal de céans constate ainsi que la question des atteintes et de l'étendue de la capacité de travail du recourant n'apparaît pas suffisamment éclaircie.

Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, de renvoyer la cause à l'intimé qui complètera l'instruction, en requérant le rapport établi le 17 mai 2007 par le Dr D_____ et en mettant en œuvre, si cela est possible, une expertise neuropsychologique et psychiatrique, dans les meilleurs délais. Dans le cas contraire, l'intimé soumettra le dossier médical du recourant à des experts spécialisés en neuropsychologie et en psychiatrie, qui se prononceront sur l'ensemble des atteintes à la santé que présentait le recourant et détermineront quelles en étaient les répercussions sur sa capacité de travail. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision.

11. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de 1'000 fr., conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Prend acte de ce que l'OCAI a reconnu le droit à la rente jusqu'au 30 novembre 2006.
4. Annule la décision de l'OCAI du 7 mars 2008 en tant qu'elle supprime le droit à la rente dès le 1^{er} décembre 2006 et nie le droit à des mesures de réadaptation.
5. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les meilleurs délais dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.
6. Confirme la décision pour le surplus.
7. Condamne l'OCAI à verser à Monsieur F_____ une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
8. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO_

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le